

# Self-Help Enterprises COVID-19 Solicitud de COVID-19 para Asistencia con renta, hipoteca y utilidades

## Instrucciones y Lista de Verificación

**Solicitudes completadas deben enviarse a: [covidrelief@selfhelpenterprises.org](mailto:covidrelief@selfhelpenterprises.org)**

o por fax ATTN: COVID RELIEF (559) 651-3634 FAX

Línea de asunto debe incluir su nombre, apellido, y la ciudad donde vive.

“Por ejemplo – John Smith, Visalia Asistencia de COVID”

*Este programa se basa en situaciones de emergencia y se dará prioridad a los solicitantes que demuestren **dificultades verificables causadas directamente por COVID-19**. Las solicitantes deben ser elegibles por ingresos. La asistencia disponible puede ayudar a cubrir los costos de Renta, Hipoteca o Servicios de Utilidades Públicas. Este Programa puede ayudarlo con hasta tres (3) meses consecutivo de Renta, Hipoteca o Servicios de Utilidades Públicas, pero es limitado a \$5,000 por hogar.*

## **Todas las aplicaciones deben incluir:**

- Una solicitud **completada** que incluya una firma de cada adulto en el hogar (18 años o más)
  - La solicitud
  - Auto certificación de Ingresos
  - Declaración Jurada de duplicación de beneficios que incluya una firma de cada adulto en el hogar (18 años o más)
- Identificación con foto para cada adulto en el hogar (18 años o más)

## **Para asistencia con la hipoteca o renta, debe incluir:**

- Declaración hipoteca, contrato de arrendamiento, libro mayor de alquiler firmado por el propietario

## **Para asistencia con las utilidades, debe incluir:** (utilidades incluye electricidad, gas, agua, utilidades públicas, y Internet)

- Todos los estados de cuenta que estan atrasados o el historial de facturas desde el 21 de enero de 2020, hasta el presente. Acceda a su cuenta en línea o llame a su compañía de servicios públicos

**Las solicitudes deben enviarse en su totalidad, esto incluye todo los comprobantes/documentos necesarios. Las solicitudes incompletas resultaran en un retraso en el procesamiento**

**Los pagos se envían directamente a la compañía hipotecaria, el propietario o compañía de servicios públicos.**

Si tiene preguntas sobre la solicitud, los documentos necesarios, o otra cosa relacionada a este programa de Asistencia mande un correo electrónico a: [covidrelief@selfhelpenterprises.org](mailto:covidrelief@selfhelpenterprises.org) o llame (559) 802-1600



**STATE OF CA - TTY**  
ENGLISH 1-800-735-2929  
SPANISH 1-800-855-3000

Solicitud de asistencia de renta, hipoteca  
y utilidades

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de solicitante: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

telfono alternativo: \_\_\_\_\_ Correo electronico: \_\_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

¿recibe asistencia de la sección 8? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

MIEMBROS DEL HOGAR: (viven en la casa):

|  | <b>Solicitante</b>                                      | <b>Miembro #1</b>                                       | <b>Miembro #2</b>                                       | <b>Miembro #3</b>                                       | <b>Miembro #4</b>                                       | <b>Miembro #5</b>                                       |
|--|---|---|---|---|---|---|
| <b>Nombre</b><br><i>(Primer, Ultima)</i>       |   |   |   |   |   |   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b>                     |   |   |   |   |   |   |
| <b>Edad</b>                                    |   |   |   |   |   |   |
| <b>Género</b>                                  |   |   |   |   |   |   |
| <b>Educación</b><br><i>(el nivel más alto)</i> |   |   |   |   |   |   |
| <b>Seguro medico?</b>                          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

OTROS BENEFICIOS:

| <b>Tipo</b>         | <b>Cantidad de beneficios</b> | <b>Tipo</b> | <b>Cantidad de beneficios</b> |
|---------------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|
| <i>Ej: CalFresh</i> | <i>\$250.00</i>               |             |                               |
|                     |                               |             |                               |
|                     |                               |             |                               |

A. Beneficios totales del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES ACTUALES

DEL HOGAR:

| <b>Nombre del miembro del hogar</b> | <b>Tipo de ingreso (empleo, desempleo, otros beneficios)</b> | <b>Cantidad total de ingresos ANTES de impuestos</b> | <b>Frecuencia de Ingreso (semanalmente, mensualmente, cada dos semanas, o dos veces al mes)</b> |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <i>EJEMPLO</i>                      | <i>Empleo</i>  | <i>\$2,000</i>                                       | <i>Dos veces al mes</i>   |
|                                     |  |  |   |
|                                     |  |  |   |
|                                     |  |  |   |
|                                     |  |  |   |
|                                     |  |  |   |

Ingreso total del hogar (mensual) \$ \_\_\_\_\_ x 12 meses = B. Ingreso Anual Total del Hogar \$ \_\_\_\_\_

TIPO DE ASISTENCIA:

Hipoteca

Renta

Utilidades

| Renta o Hipoteca   |                             |                                  |                     |
|--|-----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Cantidad de hipoteca o renta mensual                             | \$ _____                    | 1. Cantidad solicitada: \$ _____ |                     |
| ¿Cuántos meses lleva atrasado?                                   |                             |                                  |                     |
| Nombre de la compañía hipotecaria o propietario                  |                             |                                  |                     |
| Número de cuenta   |                             |                                  |                     |
| Utilidades   |                             |                                  |                     |
| Utilidad:  | Compañía y número de cuenta | Saldo total adeudado:            | Cantidad solicitada |
| Electricidad   |                             |                                  | 2. _____            |
| Gas  |                             |                                  | 3. _____            |
| Agua   |                             |                                  | 4. _____            |
| Servicios públicos (basura, drenaje, y agua en algunas ciudades) |                             |                                  | 5. _____            |

**C. Cantidad TOTAL solicitada (1+2+3+4+5):** \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta que el máximo por hogar es \$5,000, indique que gastos son su prioridad (1. Siendo Primero 2. Siendo el siguiente) para mejor distribuir los fondos*

**La Dificultad:**

Explique la dificultad que su hogar está pasando y **como se relaciona a COVID-19**. (Ejemplo: Si perdió su trabajo por COVID-19, o horas reducidas en el trabajo, etc.)

Favor de incluir CUANDO la dificultad empezó, y COMO ha impactado a su hogar, y PORQUE no puede pagar los gastos solicitados en la aplicación.

**CERTIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN: (si más de tres firmas se necesitan, use el espacio abajo)**

Aplicabilidad de SHE: Es necesario obtener, conservar y proporcionar, si se solicita, información personal de clientes que reciben ayuda financiera del programa. Certifico que mi hogar está experimentando actualmente una dificultad económica y necesita ayuda. SHE tiene mi autorización para examinar todos los registros de empleo, ingresos, hipotecas renta y otros registros pertinentes a mi solicitud de financiación del programa y para hacer un pago directo en mi nombre. Mi firma certifica que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma de solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de co-solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de co-solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU.**  
**Planificación y Desarrollo Comunitario**  
**Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario (CDBG)**

**AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO**

*Impreso en:*

*Fecha Efectiva:*

**INSTRUCCIONES:** Esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar el "Ingreso Anual (Bruto)", el número de miembros beneficiarios en la familia o el hogar (según corresponda en función de la actividad) y las características relevantes de cada miembro a los efectos de la determinación de los ingresos. Para completar esta declaración, seleccione la definición de ingresos utilizada, rellene los campos en blanco a continuación y marque solo las casillas que se aplican a cada miembro. **Todos los miembros adultos beneficiarios deben firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación de origen se proporcionará a petición.**

**Definición de ingresos**

**HUD 24 CFR Parte 5**

Proyecto de ingresos corrientes a 12 meses

**Forma IRS 1040**

Registros de impuestos más actuales

**Información Del Beneficiario**

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Apellido:</b> | <b>Identificación del beneficiario (si procede):</b> |
|------------------|--|

**Información del Miembro**

| Nombre: | Identificación del Miembro (si procede) | HH | CH | DIS | 62+ | S≥18 | <18 | <15 |
|---------|---|----|----|-----|-----|------|-----|-----|
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |
|         |   |    |    |     |     |      |     |     |

**HH** = Jefe de Familia; **CH** = Co-Jefe de Familia; **DIS** = Persona con discapacidad; **62+** = Persona 62 años de edad o mayor; **S≥18** = Estudiante a tiempo completo de 18 años o más; **<18** = Niño menor de 18 años; **<15** = Menores de 15 años

**Información de contacto**

|                    |   |
|--------------------|---|
| Dirección línea 1: | Ciudad:   |
| Dirección línea 2: | Estado: <span style="float: right;">Código Postal:</span> |

**Información de Ingreso**

Ingreso bruto anual (total de todos los miembros) = \$ \_\_\_\_\_

**Certificación**

Yo/nosotros certificamos que esta información es completa y precisa. Yo/nosotros estamos de acuerdo en proporcionar, a solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Agente de Granada/Administrador del Programa de HUD.

**FIRMAS COMPLETAS EN LA SEGUNDA PÁGINA**

**Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE.UU.  
Planificación y Desarrollo Comunitario  
Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario (CDBG)**

Yo/nosotros estamos de acuerdo en proporcionar, a solicitud, documentación sobre todas las fuentes de ingresos al Agente de Granado/Administrador del Programa de HUD.

**AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO**

*Impreso en:*

*Fecha Efectiva:*

**Identificación del beneficiario:**

| <b>JEFE DE FAMILIA</b> |                       |              |
|------------------------|-----------------------|--------------|
| <b>Firma</b>           | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |

| <b>OTROS ADULTOS BENEFICIARIOS*</b> |                       |              |
|-------------------------------------|-----------------------|--------------|
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Firma</b>                        | <b>Nombre escrito</b> | <b>Fecha</b> |

\* Adjunte otra copia de esta página si se requieren líneas de firma adicionales.

**ADVERTENCIA:** La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por parte de HUD en cualquier momento, y el Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave y la asistencia puede ser cancelada por hacer voluntariamente y conscientemente una declaración falsa o fraudulenta a un departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

Nombre del Servicio Público: CDBG-CV 1, 2 and 3 COVID-19 Programa de Pago de

Subsistencia *Página 1 a llenar por el Participante*

**Parte 2: Participante confidencial / HUD del Beneficiario información Demográfica**  
(Esta sección es voluntaria.)

|  |   |                |
|--|---|----------------|
| <b>Etnicidad</b> (seleccione uno)  | <b>No Hispano</b>   | <b>Hispano</b> |
| <b>Raza</b> (seleccione uno)   |   |                |
| Blanco   | Indio Am./Nativo de Alaska Y Blanco   |                |
| Negro/Afroamericano  | Blanco Y Asiático   |                |
| Asiático   | Negro/Afroamericano Y Blanco  |                |
| Indio Am./Nativo de Alaska   | Indio Am./Alaska Y Negro/Africano   |                |
| Nat. de Hawai/Otro isla de Pacifico.   | Otras Multi-Raciales  |                |
| <b>Otros Datos Demográficos</b> (seleccione todo lo que se aplica)             |   |                |
| Jefa de Familia<br>Participante está deshabilitado<br>Veterano<br>Adulto Mayor | Soltero / No Adulto Mayor<br>Relation/Padre Soltero<br>Relation/Dos Padres<br>Otros ( _____ ) |                |

**2021 Limites de Ingresis CDBG para Residentes de Tenencia Hipotecaria**

| Ingreso Mediano del Área         | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ingresos Extremadamente Bajo 30% | 14,700 | 17,420 | 21,960 | 26,500 | 31,040 | 35,580 | 40,120 | 44,660 |
| Ingresos Muy Bajos 60%           | 24,500 | 28,000 | 31,500 | 34,950 | 37,750 | 40,550 | 43,350 | 46,150 |
| Bajos Ingresos 80%               | 39,150 | 44,750 | 50,350 | 55,900 | 60,400 | 64,850 | 69,350 | 73,800 |

## Duplicación de la Declaración Jurada de Beneficios ("Declaración Jurada")

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_ afirmamo/s lo siguiente:

- Yo/Nosotros en ejecución de esta Declaración Jurada en relación con la asistencia que estamos recibiendo para ayudarnos responder al coronavirus proporcionándonos asistencia con pagos de alquiler, hipoteca o servicios públicos ("**Tipo de Asistencia**") con el propósito de evitar la ejecución hipotecaria, desalojo, o desconexión de servicios públicos ("**Necesidad**") en la cantidad de \_\_\_\_\_ ("**Cantidad de Asistencia o Necesidad Total**") de Self-Help Enterprises ("**Organización**") a través de un programa administrado por el condado de Kings de fondos del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos ("**Programa**").
- Yo/Nosotros creo que **Cantidad de Asistencia/Necesidad Total** es \_\_\_\_\_
- Ademas, yo/nosotros he/hemos recibido o recibiré los siguientes montos y tipos de asistencia de las fuentes enumeradas a continuación ("Asistencia Duplicada"):

(a)

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Fuente de Fondos #1</b> |  |
| <b>Propósito</b>           |  |
| <b>Cantidad</b>            |  |

(b)

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Fuente de Fondos #2</b> |  |
| <b>Propósito</b>           |  |
| <b>Cantidad</b>            |  |

(c)

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Fuente de Fondos #3</b> |  |
| <b>Propósito</b>           |  |
| <b>Cantidad</b>            |  |

- Necesidad Total Insatisfecha (2- (3(a) + 3(b) + 3(c))) \$ \_\_\_\_\_.
- Yo/Nosotros he/hemos recibido ningún otro fondo de asistencia para la necesidad enumerada en el párrafo 1 que no sea la establecida anteriormente en el párrafo 3.
- Sección 312 de la Ley de Asistencia de Emergencia y Socorro de Desastres de Robert T. Stafford (42 U.S.C. 5155), modificada por el artículo 1210 de la Ley de Reforma de la Recuperación de Desastres de 2018 (division D de Ley Publica 115-2 254; 132 Stat. 3442). prohíbe a las agencias federales proporcionar asistencia a cualquier persona por "cualquier parte de dicha pérdida" en la que haya recibido asistencia financiera bajo cualquier otro programa o de un seguro o cualquier otra fuente (como, FEMA, SBA, cruz roja, la ciudad, seguro del propietario de negocios, etc.).

## Duplicación de la Declaración Jurada de Beneficios ("Declaración Jurada")

7. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que la cantidad de asistencia recibida por Self-Help Enterprises debe reducirse por la cantidad de Asistencia Duplicada recibida o que será recibida por la Necesidad, de otras fuentes (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, el seguro de propietario de vivienda de la Ciudad, etc.) para el mismo propósito.
8. Por lo tanto, yo/nosotros entiendo que si recibo ayuda de una fuente distinta a las Empresas de autoayuda (como FEMA, SBA, la Cruz Roja, la Ciudad, el seguro de propietario de vivienda, etc.) para la necesidad del mismo propósito, debemos pagar la asistencia recibida de Self-Help Enterprises.
9. Yo/Nosotros certifico/calasificamos bajo sanciones estatales y federales por perjurio y fraude que la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa y reconocen que el reembolso de toda la asistencia recibida por yo/nosotros de *Self-Help Enterprises*, el pago de multas y/o encarcelamiento puede ser requerido en el caso de que yo/Nosotros proporcione información falsa, incompleta o engañosa en esta Declaración Jurada o durante el resto de este proceso. **Al ejecutar esta Declaración Jurada, los Solicitantes reconocen y entienden que el Título 18 del Código de los Estados Unidos Sección 1001: (1) hace que sea una violación de la ley federal para una persona para falsificar, ocultar o encubrir a sabiendas e intencionalmente un hecho material; (b) hacer cualquier declaración o representación materialmente falsa, ficticia o fraudulenta; O (c) hacer o usar cualquier escritura o documento falso sabiendo que contiene una declaración materialmente falsa, ficticia o fraudulenta o epresentación, a cualquier rama del Gobierno de los Estados Unidos; y (2) requiere una multa, prisión por no más de cinco (5) años, o ambos, que pueden ser declarados delito grave, por cualquier violación de dicha Sección.**

Participante \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Participante \_\_\_\_\_

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_